

Befundanforderung

Bitte senden Sie uns die Befunde für

Herrn / Frau

geb. am:

vom (Datum, soweit bekannt):

per Fax an folgende Nummer:

Ich versichere, dass ich der/die weiter-/mitbehandelnde Arzt/Ärztin und damit berechtigt bin, diese Befunde anzufordern und dass auf das Faxgerät der oben genannten Nummer kein Unberechtigter Zugriff hat.

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel

Dokumentenstatus: Freigegeben	Wiedervorlagestatus: Gültig bis 16.03.2021
Erstellt von: Gies, Ursula	Gültig bis: 16.03.2021
Geprüft von: Becker, Markus	Dateiname: 15a Befundanforderung von mit- und weiterbehandelnder Ärzte
Freigegeben von: Gies, Ursula	Seite 1 von 1